UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1910

PAR

Charles ISOARD DE CHÉNERILLES

Né à Aix-en-Provence, le 17 octobre 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	TÉDENAT, Professeur, *Président.*	
	BAUMEL, Professeur	*Assesseurs*
	VIRES, Agrégé	
	SOUBEYRAN, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

DE LA

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1910

ACAD. MONTPELLIER BIBL. UNIV. BAT.

PAR

Charles ISOARD DE CHÉNERILLES

Né à Aix-en-Provence, le 17 octobre 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, Professeur, *Président.* / BAUMEL, Professeur / VIRES, Agrégé / SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES
JOSEPH ET JEAN

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

C. DE CHÉNERILLES.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

C. DE CHÉNERILLES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH POUCEL

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

C. DE CHÉNERILLES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

VIRES ET SOUBEYRAN

C. DE CHÉNERILLES.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer notre vie d'étudiant, il est un devoir pour nous en même temps qu'une satisfaction, de remercier tous ceux qui se sont intéressés à notre avenir et ont contribué à notre instruction.

Nos chers parents ont fait pour nous de très grands sacrifices ; ils nous ont suivi avec anxiété dans toutes les étapes de nos études. Nous trouvons à leur donner ici le témoignage de notre plus vive reconnaissance.

Le docteur Joseph Lautier, médecin-major des troupes coloniales, avec qui nous avons eu le plaisir d'être camarade de collège, nous a inspiré du goût pour la carrière médicale. Qu'il reçoive un nouveau gage de notre vieille amitié.

Nous devons remercier tout particulièrement aussi :

M. le docteur Joseph Poucel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui s'est toujours intéressé à nos études, nous a inspiré le sujet de ce travail et aidé de ses conseils ;

MM. les professeurs Delanglade et Abeuz pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de témoigner à notre égard ;

M. le docteur Brun, professeur de clinique de chirur-

gie infantile, et M. le docteur Pluyette, chirurgien des hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe et chez qui nous avons acquis d'excellents principes de chirurgie ;

M. le docteur Pagliano qui nous a toujours fait le plus excellent accueil dans son service et a grandement contribué à notre instruction médicale, en particulier à l'auscultation du cœur.

Durant nos études, nous avons rencontré d'excellents camarades : à Toulon, le docteur Stéphane Prat ; à Marseille, le docteur François Abeille, en collaboration de qui nous avons préparé le concours d'externat et la plupart de nos examens. Nous tenons à leur adresser en cette occasion un témoignage de notre plus vive sympathie.

M. le professeur Tédenat a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en exprimons toute notre gratitude.

DE LA

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

L'étranglement herniaire est un accident qui fut longtemps considéré comme très rare chez le nourrisson. Et, il y a quelques années à peine, Gosselin déclarait n'avoir jamais vu d'étranglement chez l'enfant ; Berger, à la consultation des bandages, n'avait observé qu'un seul cas d'étranglement sur 10.000 cas de hernies qu'il avait eu à examiner ; Broca, à l'hôpital Trousseau, ne comptait que 9 kélotomies alors qu'il avait pratiqué 950 cures radicales.

Mais, depuis, de nombreux cas ont été publiés et les statistiques ont pu montrer que, chez le nourrisson encore plus que chez l'enfant au-dessus de 2 ans, les hernies avaient tendance à s'étrangler.

C'est ainsi que, dans leur thèse, Tariel et Petitjean

ont publié, le premier 140 observations, le second 75 ; et, en 1902, dans la *Revue de Chirurgie*, Estor a pu réunir et publier sous forme de tableau 229 observations.

Nous devons l'idée de cette thèse à M. docteur Joseph Poucel qui a eu l'obligeance de nous remettre une collection de 4 observations qu'il avait recueillies en 1902, alors qu'il se trouvait au service des enfants à l'hôpital de la Conception. Ces observations, relatives à 4 nourrissons amenés à l'hôpital pour étranglement et dans un laps de temps plutôt court (de janvier à juillet) nous ont prouvé que l'affection n'échappait pas à la loi des séries. Aussi avons-nous pensé qu'il y aurait quelque intérêt à reprendre l'étude de cette question.

Nous n'avons pas la prétention d'émettre des idées nouvelles, mais celle, plus modeste, de nous inspirer des travaux parus et d'en faire une étude coordonnée qui puisse être de quelque utilité à ceux qui voudront étudier le sujet.

Nous nous considérerons suffisamment récompensé de notre tâche si ce petit travail a pour simple résultat d'engager le praticien, en présence de troubles gastro-intestinaux, à se livrer systématiquement, et dès le premier moment, à un examen direct et approfondi des régions qui peuvent intéresser le mal, en particulier de la région inguinale.

La tumeur herniaire pourra ainsi être plus souvent décelée à la première visite et, le diagnostic étant immédiatement fait, on pourra éviter les retards opératoires qui, trop souvent, amènent une issue fatale.

Bien que nous ne considérions sous le nom de nourrissons que les enfants aux environs de 15 à 18 mois, nous suivrons l'exemple de la majorité des auteurs et nous comprendrons dans nos considérations tous les

enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de deux ans. Mais nous ne publierons que des observations relatives à des enfants ayant moins de 18 mois.

Nous diviserons notre travail en huit chapitres :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Etiologie et pathogénie.

Chapitre III. — Anatomie pathologique.

Chapitre IV. — Symptomatologie.

Chapitre V. — Diagnostic.

Chapitre VI. — Evolution, Complications, Pronostic.

Chapitre VII. — Variétés cliniques.

Chapitre VIII. — Traitement.

Nous publierons ensuite quelques observations inédites que nous devons à l'obligeance de nos Maîtres de Marseille et de Montpellier.

Enfin, suivront les conclusions qui se dégagent de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il ne faut remonter qu'en 1858, époque à laquelle parut le travail de Ravoth dans la *Deutsche Klinik*, pour trouver une première étude de la question des hernies étranglées chez le nourrisson.

Dix ans plus tard, en 1868, Vimmer, dans sa thèse de Leipzig, signale 48 cas de hernies étranglées observées chez des enfants ayant moins de 13 ans, dont 22 sont relatifs à des enfants âgés de moins de deux ans.

En 1874, paraît l'important mémoire de Marsh dans lequel se trouvent réunis 47 cas concernant la question qui nous occupe.

Féré, dans un numéro de la *Revue de Chirurgie* de 1881, rapporte 57 observations d'étranglement herniaire chez des enfants au sein et, à ce propos, fait une étude spéciale de l'apoplexie testiculaire qui peut en résulter.

Par son travail sur le canal péritonéo-vaginal paru

en 1883, Ramonède a grandement contribué à éclaircir la pathogénie des hernies congénitales ainsi que leur étranglement.

En 1890 paraît la thèse inaugurale de Knobloch.

En 1894, la question est de nouveau sérieusement étudiée : Karl Stern, dans le *Centralblatt für Chirurgie*, insiste sur la fréquence relative de l'étranglement herniaire dans les deux premières années, et il rapporte à ce propos 51 cas publiés. Tariel, dans sa thèse sur les hernies inguinales étranglées chez l'enfant, appuie son étude sur 140 observations, dont 10 communiquées par son maître Broca.

La thèse de Petitjean, parue en 1899, constitue un exposé très clair des particularités que présente l'étranglement chez le nourrisson ; elle rapporte en même temps une série de nouveau cas opérés dans le service de Broca à l'hôpital Tenon.

En 1902, trois numéros de la *Revue de Chirurgie* publient l'important travail d'Estor, dans lequel nous trouvons, soigneusement colligés sous forme de tableaux, 230 cas d'étranglement herniaire chez des enfants ayant moins de deux ans. Ce sont là des éléments précieux pour les statistiques.

La même année, dans la *Presse médicale* du 4 juin, Broca publie une de ses leçons cliniques où les questions de l'étranglement et de l'engouement herniaires se trouvent traitées avec beaucoup de détails.

En 1904 paraît la monographie de Villemin relative aux affections intéressant la région du canal vagino-péritonéal.

En 1909, la thèse de Hayes apporte à la question quelques nouveaux éléments, notamment sur l'action

pathogénique du diverticule de Meckel dans certains étranglements chez les enfants.

Enfin, le 17 juin 1910, devant la Société de Chirurgie de Paris, Ozenne, reprenant l'étude de l'étranglement herniaire chez l'enfant, signale la fréquence de la hernie inguinale étranglée chez le nourrisson.

Les auteurs qui se sont intéressés à la question en publiant des observations éparses sont très nombreux. Aussi n'avons-nous pas voulu entreprendre de les citer, de peur de commettre des oublis.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

1° Causes prédisposantes relatives à l'individu

Fréquence, Age. — Les accidents herniaires semblent se produire avec une fréquence beaucoup plus grande chez les nourrissons que chez les enfants du deuxième âge. En effet, sur 48 cas de hernies étranglées que Vimmer a observés chez des enfants de moins de 13 ans, 22 sont relatifs à des nourrissons ; Schmidt a montré que sur 94 observations de hernies étranglées chez des sujets âgés de moins de 13 ans, plus de la moitié des cas étaient survenus pendant la première année et un quart au cours de la deuxième ; Karl Stern ayant colligé 51 observations d'enfants âgés de moins de 4 ans a trouvé : 34 cas avant un an, 13 dans le cours de la deuxième année, 3 cas dans le cours de la troisième année, un seul pendant la quatrième année.

Bien plus, si, resserrant le cadre de notre statistique, nous nous bornons aux cas relatifs à des sujets âgés de moins de 2 ans, nous constatons que les accidents sont d'autant plus fréquents que l'on se trouve plus près de la naissance. Ainsi, en nous reportant aux 216 observations de *hernies inguinales étranglées* relatées par Estor, nous trouvons :

De	0 mois	à	4 mois...	92 cas.
De	4 mois	à	8 mois...	41 cas.
De	8 mois	à	12 mois...	29 cas.
De	12 mois	à	16 mois...	19 cas.
De	16 mois	à	20 mois...	19 cas.
De	20 mois	à	2 ans.....	16 cas.

Ozenne (1) admet également que l'étranglement s'observe surtout dans les deux premiers mois après la naissance, et plus encore dans la première année que dans la seconde (169 cas pour 54).

Mais si maintenant nous établissons un rapport entre le nombre de cas d'étranglement chez l'enfant et chez l'adulte, nous remarquons avec Ozenne que l'étranglement est beaucoup moins fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. En effet, Karl Stern, se basant sur 38.873 cas, trouve la proportion suivante : 1 enfant pour 131 adultes.

Siège. — Les hernies inguinales congénitales ayant leur siège habituel à droite, il n'y a rien d'étonnant que les accidents d'étranglement se produisent aussi habi-

(1) *Presse médicale*, 29 juin 1910.

tuellement à droite. Sur 143 sujets à propos desquels le siège de la hernie a été indiqué dans le tableau d'Estor, nous trouvons 108 fois le côté droit et 35 fois le côté gauche.

Sexe. — Quant au sexe, nous devons dire que les filles ne sont presque jamais en cause. En effet, sur 123 cas, Tariel n'a que 3 filles; sur 27 cas, Broca trouve une fille. Estor, sur 196 observations indiquant le sexe, n'en trouve que 3 relatives à des hernies inguinales étranglées chez de toutes petites filles. Cette rareté s'explique non seulement par la prédominance de la hernie inguinale dans le sexe masculin, mais aussi par la différence de constitution anatomique du sac, les valvules, dans le canal de Nück, étant beaucoup moins saillantes que dans le canal péritonéo-vaginal.

2° Causes prédisposantes relatives à la hernie

Congénitalité. — On admet généralement que, le plus souvent, les étranglements se produisent sur des hernies préexistantes, et la majorité de nos observations confirment ce fait. Mais il arrive souvent aussi que les accidents se déclarent sans qu'aucune tumeur ait été préalablement constatée au pli de l'aine : l'étranglement se produit alors en même temps qu'apparaît la hernie. Cet étranglement d'emblée, signalé par deux observations de Petitjean, par dix de Tariel, par quelques-unes des nôtres, est particulier aux hernies congénitales. En effet, le canal vagino-péritonéal non oblitéré constitue une issue préformée qu'emprunteront volontiers les viscères

abdominaux aussitôt qu'ils seront énergiquement comprimés et poussés de haut en bas vers le petit bassin.

Bandage.. — Si la congénitalité joue un grand rôle dans l'étranglement des hernies inguinales des nourrissons, nous devons dire aussi que les hernies habituellement contenues par un bandage sont plus sujettes que les autres à s'étrangler. La pression de la pelote produisant une inflammation chronique au niveau des parois du sac, il se forme un anneau cicatriciel qui pourra devenir un agent de constriction énergique si, par suite de la suppression momentanée du bandage, l'intestin vient à s'y engager.

Certains états pathologiques ont été également signalés comme facteurs très fréquents des accidents dont nous nous occupons : nous voulons parler du rachitisme, de l'athrepsie et des diarrhées chroniques. En effet, chez certains petits sujets, malingres, « à parois abdominales flasques, à constipation habituelle, l'intestin, se trouvant atteint d'atonie, se laisse facilement distendre par les gaz ou obstruer par les matières fécales » (Broca).

De même, d'après Verchère, la syphilis et l'alcoolisme, en favorisant la malformation du canal péritonéo-vaginal, préparent le terrain pour la production des accidents herniaires.

3° Causes déterminantes

Mais quelle est donc la cause immédiate qui produit l'étranglement ? *C'est l'effort.*

Chez le tout petit enfant, il est vrai, l'effort n'est pas très énergique, et c'est ainsi que l'on peut s'expliquer le petit nombre des étranglements relativement au grand nombre des hernies congénitales. Mais, au moment d'une quinte de toux provoquée par la broncho-pneumonie ou la coqueluche, au moment d'une crise de pleurs ou de convulsions, il peut se faire une augmentation brusque de pression au niveau des viscères de l'abdomen, si bien que « la hernie qui jusque-là rentrait facilement devient irréductible et s'étrangle » (Tariel) (1).

Ajoutons à cela, comme le fait observer Waring, que très souvent l'action de l'effort se trouve augmentée et dirigée vers la région inguinale au moyen d'une compression exercée sur le tronc par des bandages trop serrés.

De même, d'après Péraire (2), le phimosis, par les efforts qu'il nécessite au moment de la miction, jouerait un rôle actif dans la production des accidents herniaires durant les premiers mois qui suivent la naissance ; il expliquerait aussi la prédominance de l'affection dans le sexe masculin.

4° Mécanisme

Par quel processus l'anse intestinale, qui a franchi l'anneau herniaire, ne peut-elle plus réintégrer l'abdomen ?

---

(1) Thèse Paris, 1894.

(2) *Presse médicale*, 5 nov. 1904, et *Presse médicale*, 29 juin 1910.

De nombreuses théories ont été émises pour répondre à cette question. Mais, comme la plupart d'entre elles ne donnent qu'une explication insuffisante du mécanisme, nous n'entreprendrons pas de les exposer toutes. Nous nous contenterons donc de résumer les interprétations de Roser et de Berger afin de nous arrêter un peu plus longuement à la théorie de Jaboulay, celle qui, actuellement, semble le mieux répondre à la réalité.

Pour Roser, l'irréductibilité est due à l'engouement gazeux de l'anse herniée par suite de l'occlusion de la lumière de l'intestin par les valvules conniventes rapprochées les unes des autres au point de striction.

Pour Berger, l'engouement gazeux de l'anse serait occasionné par le mésentère qui jouerait l'office de coin en s'engageant entre les deux bouts de l'intestin à travers l'orifice herniaire.

Pour Jaboulay, les causes efficientes de l'irréductibilité résident dans des phénomènes vasculaires.

A la suite d'un effort plus considérable, d'une pression brusque de l'abdomen, une anse plus volumineuse que d'habitude triomphant de la résistance de la traction mésentérique pénètre au travers de l'orifice herniaire. Aussitôt l'effort terminé, la traction du mésentère ne suffit pas à ramener les viscères à leur place et l'intestin reste momentanément dans le sac. Si, à ce moment, on ne pratique pas le taxis, les phénomènes vasculaires entrent en jeu et rendent l'étranglement définitif. Tandis que la circulation veineuse est arrêtée par la striction, la circulation artérielle, plus énergique, continue à s'effectuer, donnant lieu à une turgescence de toutes les tuniques intestinales, de l'œdème, de l'épaississement des parois ; un bourrelet se crée au niveau de la portion serrée, amenant

l'irréductibilité de l'anse. Et cette irréductibilité s'accentue de plus en plus par suite des cris que provoque la douleur.

Cette théorie concorde parfaitement avec les lésions anatomo-pathologiques que l'on trouve au cours des kélotomies. Elle explique de plus pourquoi, chez les petits êtres, la production du sphacèle peut être retardée, la perméabilité artérielle assurant une nutrition suffisante des tuniques de l'anse.

Enfin, en terminant ce chapitre, nous devons signaler le rôle pathogénique attribué par Auvray et Hayes au diverticule de Meckel dans certains cas d'étranglement.

« Le diverticule, dit Auvray, engagé dans le canal vagino-péritonéal préformé, attire l'anse intestinale, puis, l'intestin se déplaçant dans le sac, le diverticule subit un mouvement d'ascension vers le collet. Trouvant là un obstacle, il vient s'interposer entre l'intestin et la paroi du sac (1). » A notre avis, le diverticule, lorsqu'il se trouve dans le sac d'une hernie, contribue plutôt à l'irréductibilité, par le processus inflammatoire dont il est presque toujours le siège et par les adhérences qu'il arrive à contracter dans son voisinage.

---

(1) Thèse Hayes. Paris, 1909.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Agent de l'étranglement

L'agent de l'étranglement est constitué par un diaphragme de consistance fibreuse, étreignant l'anse intestinale à la façon d'une ligature.

Mais ce diaphragme constricteur, par quelles parties anatomiques est-il formé? Est-ce par les anneaux naturels, ou bien répond-il au collet du sac?

Félizet, se rattachant à l'ancienne théorie de Dionis, ne voit dans l'étranglement herniaire qu'un effet de la constriction opérée par les anneaux fibreux naturels, et voici quels sont ses propres termes (1) : « Si le collet est le siège des accidents, il n'en est pas l'agent, ainsi

(1) Traité des maladies de l'enfance.

qu'en témoignent sa souplesse et sa distensibilité ; c'est en dehors du détroit séreux, croyons-nous, que nous devons chercher la cause de striction. La rapidité de l'explosion, la violence des symptômes et surtout la disparition rapide de l'étranglement par un processus réflexe, tout cela nous porte à croire que c'est de la contraction des muscles petit oblique et transverse sur la boutonnière de l'orifice inguinal interne que provient tout le mal. »

D'autre part, voici ce que dit Broca (1) à ce propos : « Les constatations faites au cours de kélotomies ont montré que, les muscles et aponévroses une fois fendus ou débridés, il fallait presque toujours inciser le sac lui-même, c'est-à-dire débrider un collet pour obtenir la réduction... L'agent de l'étranglement est, quoi qu'on en ait dit, le même à tous les âges et constitué par le collet, par un diaphragme du sac. »

A notre avis, il ne faut pas être exclusif. A l'exemple de la majorité des auteurs, nous admettons que l'étranglement est le plus souvent dû au collet du sac, et, si nous nous reportons aux observations que nous publions, nous voyons que toujours il a fallu inciser un collet du sac ; l'observation VII signale même une striction particulièrement énergique du collet. Mais nous admettons aussi que, chez le tout jeune enfant, il peut y avoir des étranglements occasionnés par un spasme de la boutonnière musculaire. Comment expliquer autrement ces cas d'étranglements que l'on voit parfois céder sous la seule action de l'anesthésie?

Les deux actions, celle des muscles et celle du collet

---

(1) *Presse médicale*, 4 juin 1902.

du sac, peuvent donc également se constater, et voici dans quelles proportions, d'après les 75 cas que Petitjean a publiés (1) : le collet du sac, 56 fois ; l'anneau inguinal externe, 15 fois ; l'anneau inguinal interne, 3 fois ; diaphragme funiculo-testiculaire, 1 fois.

Le collet du sac, lorsqu'il existe, peut occuper un point quelconque du canal. Broca dit l'avoir vu à l'anneau externe et même tout près du testicule, ce qui faillit être préjudiciable à l'enfant. Le plus souvent il a son siège au niveau de l'anneau interne.

2° Constitution du sac. — Ses lésions

Le sac herniaire chez le nourrisson présente la particularité d'être très mince. Il a même été considéré dans certains cas comme faisant défaut, en totalité ou en partie. Mais, en réalité, nous savons aujourd'hui que toute hernie est revêtue de son enveloppe péritonéale et que l'absence apparente du sac peut être expliquée par l'accolement des deux feuillets pariétal et viscéral.

Dans les cas qui nous concernent, le sac se trouve constitué le plus souvent par le conduit péritonéo-vaginal non oblitéré. Dans sa hauteur, on peut constater la présence de replis, de valvules à bords tranchants, de diaphragmes, bien décrits par Ramonède (2) et résultant du processus d'oblitération en voie d'évolution. Le collet du sac ne présente pas chez le nourrisson une épaisseur

(1) Thèse Paris, 1899.
(2) Thèse Paris, 1883.

plus considérable que les autres parties du sac. Estor voit dans ce fait « une explication de la rareté de l'étranglement ainsi que des succès fréquents obtenus par le taxis ».

A l'ouverture du sac, au cours d'une kétotomie, on voit souvent s'écouler du liquide d'abord citrin, puis coloré en rouge plus ou moins foncé, parfois même purulent. Ce liquide, quand il existe, joue, vis-à-vis de l'anse intestinale, un rôle de protection : il empêche que celle-ci ne contracte des adhérences avec les parties voisines.

Les parois du sac sont plus ou moins vascularisées et présentent une teinte ecchymotique. Quelquefois, lorsque le processus inflammatoire est très aigu, elles peuvent être infiltrées et présenter des lésions de suppuration.

3° Contenu du sac

Toutes les portions de l'intestin ont été rencontrées dans le sac herniaire des nourrissons, mais ce sont les anses grêles qui ont été signalées le plus fréquemment.

En effet, Petitjean sur 85 cas a trouvé 68 fois l'intestin grêle ; Estor, sur 104 cas indiquant la partie exacte de l'intestin hernié, trouve 72 fois l'intestin grêle : 53 fois seul et 19 fois accompagné du gros intestin.

Le cœcum et son appendice ont été également signalés par les auteurs comme constituant très fréquemment le contenu du sac dans les kélotomies. Ainsi Estor, sur ses 104 cas, a trouvé 42 fois l'appendice ou le cœcum : cœcum et appendice 11 fois ; cœcum seul 5 fois ; appendice seul 6 fois. Sur les observations que nous relatons,

quatre fois la présence du cœcum et de son appendice est signalée.

On s'explique bien actuellement la présence relativement fréquente du cœcum et de son appendice dans les sacs herniaires. En effet, le cœcum, comme les autres organes, se trouve pourvu d'un méso. Mais, ce méso, d'abord très lâche, ne fixe l'organe qu'après s'être soudé et fusionné avec le péritoine pariétal, c'est-à-dire quelque temps après la naissance. Donc, si la convalescence tarde à s'effectuer, le cœcum, d'une part mal soutenu par ses attaches, et d'autre part appesanti par les matières fécales, effectuera un mouvement de descente vers l'orifice inguinal et, guidé par l'appendice, s'engagera dans le conduit péritonéo-vaginal.

Le diverticule de Meckel, au même titre que l'appendice, peut se rencontrer dans les sacs herniaires, soit qu'il en constitue tout le contenu, soit qu'il y cohabite avec l'intestin. Notre observation VI relate un fait de ce genre, mais il faut convenir que c'est plutôt une rareté.

L'épiploôn, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, s'observe rarement dans les étranglements du nourrisson. En effet, sur 148 observations d'Estor indiquant le contenu de la hernie, nous trouvons seulement quatre hernies inguinales avec épiploon.

La présence de la trompe et de l'ovaire a été signalée également par Petitjean et par Estor.

4° Lésions des parties herniées

L'anse intestinale étranglée est congestionnée, distendue, de couleur lie de vin, parfois même noirâtre lorsque l'incarcération est ancienne. Elle présente parfois un sillon rougeâtre au niveau du collet de striction. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que, chez les nourrissons, on constate rarement l'existence de points de sphacèle. Félizet, Broca signalent des cas où la kélotomie ayant été pratiquée 48 heures après le début des accidents, on n'avait pas eu pour cela à constater des lésions de sphacèle. Pourtant Estor estime que, la perforation par sphacèle survenant dans 5,5 p. 0/0 des cas, on aurait tort de trop compter sur la bénignité des accidents herniaires chez les nourrissons.

L'appendice, le diverticule de Meckel, lorsqu'ils sont étranglés, présentent l'un et l'autre presque toujours des lésions inflammatoires et arrivent à contracter des adhérences avec les parois du sac. Ils peuvent être le siège de déchirures provenant de ces adhérences vaincues à leur dépens par un taxis trop énergique et trop prolongé. Presque toujours l'appendice est perforé : quatre fois sur cinq.

Le testicule et l'épididyme peuvent être le siège d'une lésion bien étudiée par Féré dans la *Revue de Chirurgie* de 1883. Cette lésion consiste dans la production dans l'intérieur de la glande d'une extravasation sanguine pouvant amener l'atrophie des éléments sécréteurs.

Quant à l'ovaire et à la trompe, ils peuvent être sim-

plement congestionnés ou bien, comme le rapporte l'observation de Billaut (1) publiée par Hayes (2), ils peuvent être atteints de sphacèle et prendre un aspect noirâtre caractéristique.

5° Etat des téguments

Chez les jeunes enfants, on constate quelquefois du côté du scrotum des phénomènes inflammatoires plus ou moins vifs. La peau est rouge, œdématiée, infiltrée, pouvant en imposer pour de la lymphangite.

---

(1) Billaut. — *Annales de chirurgie et d'orthopédie*, 1904.
(2) Thèse Paris, 1909.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Chez le nourrisson, ce petit être encore dépourvu de parole et par conséquent incapable de traduire ce qu'il ressent, les symptômes de l'étranglement herniaire constituent, par leur apparition subite et bruyante, un tableau des plus effrayants.

Nous allons essayer, par une étude clinique, de reproduire aussi exactement que possible les grandes lignes de ce tableau, nous proposant d'analyser ensuite plus en détail ce que chacun des symptômes peut présenter de particulier à l'affection.

1° Etude clinique

Il s'agit le plus souvent d'un petit enfant, du sexe masculin, porteur d'une hernie inguinale qui, jusque-là,

était réductible et maintenue en place par un bandage. Quelquefois cependant le sujet ne présentait antérieurement aucune tumeur au niveau du pli de l'aine.

Soudain, le plus souvent sans qu'on en sache le motif, le petit être se met à pleurer d'une façon inaccoutumée et, en plusieurs vomissements, expulse le contenu de son estomac. Toute tentative d'alimentation devient désormais inutile : met-on l'enfant au sein, il s'en écarte instinctivement ou, s'il consent à prendre quelques gorgées, il les restitue aussitôt.

Dès ces premiers symptômes, les parents les plus impressionnables et les plus soucieux de la santé de leur enfant vont immédiatement chercher le médecin. Les autres, ayant peut-être déjà assisté à des crises de ce genre, espèrent par des manœuvres de taxis se rendre maîtres des accidents ; mais ils ne tardent pas à constater que leurs efforts ne réussissent qu'à faire augmenter le volume de la tumeur. D'autres enfin, croyant à un malaise passager, se contentent de laisser agir la nature.

Pourtant, pendant ce temps, le petit enfant devient de plus en plus inquiet et, par ses cris, témoigne une vive douleur. De plus, les vomissements, qui étaient d'abord alimentaires, sont maintenant devenus bilieux et se reproduisent à de très courts intervalles ; les matières et les gaz ne circulent plus ; les urines parfois même ne sont plus émises : aussi les langes de l'enfant, habituellement souillés plusieurs fois par jour, demeurent-ils dans un parfait état de propreté.

Devant des constatations aussi peu rassurantes, le médecin est appelé ; et celui-ci, après avoir reconnu l'existence d'un étranglement herniaire, fait instituer dans le plus bref délai le traitement chirurgical.

Mais trop souvent, par suite de retards — parfois iné-

vitables — apportés dans l'intervention, on voit le tableau des accidents herniaires s'assombrir encore davantage. En effet, le petit enfant, continuant à vomir de la bile et parfois même des matières fécales, ne tarde pas à subir les effets de l'intoxication stercorale et à présenter des phénomènes généraux des plus sérieux. Les traits se tirent, les yeux s'excavent, le teint prend un aspect terreux, la langue se sèche, la respiration devient anxieuse, et le pouls, petit, filiforme, ne peut plus être compté.

A ce moment-là, si l'opération n'a pas lieu, le pronostic s'assombrit considérablement.

2° Analyse des symptômes

Maintenant que nous avons vu l'ensemble du tableau symptomatique, nous allons entreprendre l'étude critique de chacun des symptômes pris en particulier.

Douleur. — Un adulte atteint d'étranglement herniaire accuse, avant toute autre chose, une douleur vive, apparue brusquement, localisée au niveau du pli de l'aine. Le petit enfant au contraire n'est pas à même de nous donner ces renseignements précieux : il pleure et c'est ainsi seulement que nous pouvons penser qu'il souffre. Aussi le diagnostic est-il souvent difficile à établir dès les débuts des accidents.

Vomissements. — Ils prennent chez le nourrisson une intensité et une fréquence particulières. Annoncés par quelques éructations, ils sont d'abord alimentaires, puis

bilieux, mais rarement fécaloïdes. Parmi nos observations, seules les observations VIII, IX, X signalent le rejet par la bouche de matières fécales. Dans l'observation VI les vomissements ont été hématiques : ce fait est plutôt rare.

La suppression des selles et des gaz est un symptôme constant lorsqu'une anse complète de l'intestin a été étranglée. Mais, comme nous le verrons plus loin, dans les cas de pincement latéral de l'intestin, d'étranglement herniaire ou diverticulaire, les matières et les gaz peuvent conserver leur libre cours. De même, on peut quelquefois constater des selles hémorragiques que Kukula (1) attribue à l'ouverture d'un petit vaisseau dans le voisinage du collet par suite de la chute de petites eschares.

Anurie. — La rétention des urines s'observe assez souvent chez nos petits malades au cours des accidents herniaires, et nous signalons ce fait dans notre observation VII. Il y a là sans doute un processus réflexe analogue à celui qui amène l'anurie au cours des interventions sur la région périnéale.

Exploration de la région herniaire. — Du côté de la région inguino-scrotale, l'inspection permet le plus souvent de constater l'existence d'une tumeur pouvant atteindre le volume d'une mandarine. La peau est le plus souvent d'aspect normal, mais elle peut parfois devenir tendue, luisante, et présenter au niveau du scrotum de la

(1) *Annales de la Société belge de chir.*, déc. 1899.

rougeur, de l'œdème et de l'empâtement. *Au palper*, cette tumeur est irréductible par les manœuvres de taxis ; elle est d'une consistance généralement dure, parfois rénitente, et d'autres fois malléable, se moulant sous les doigts. La pression détermine une douleur vive que le jeune enfant traduit par une crise de pleurs. *A la percussion*, on obtient tantôt de la matité, tantôt de la sonorité. La matité révèle, dans la partie inférieure de la tumeur tout au moins, la présence de liquide ou de matières fécales. La sonorité indique au contraire une distension exagérée de l'anse herniée par l'engouement gazeux.

Les symptômes généraux, chez nos petits êtres, présentent la particularité de se déclarer très tôt, souvent même en moins de 4 heures. Cela provient de la résorption rapide des produits toxiques provenant de l'intestin et de leur dissémination dans tout l'organisme.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Si la hernie étranglée est facile à reconnaître chez le garçonnet ou chez l'adulte, il n'en est pas toujours de même chez le petit enfant qui, nous l'avons dit, ne peut nous indiquer ce qu'il ressent. Néanmoins, si les parents, un peu observateurs, savent nous raconter exactement ce qui vient de se passer, nous pourrons être guidé dans nos investigations et, assez souvent, nous arriverons, sans trop de difficultés, à établir notre diagnostic.

Il y a cependant toute une série d'affections qui, par la similitude de certains symptômes, peuvent tantôt faire ignorer l'existence d'un étranglement herniaire, tantôt au contraire en imposer pour un étranglement qui en réalité n'existe pas. Aussi nous proposons-nous d'étudier ces divers états pathologiques et de rechercher par quels moyens nous arriverons à les différencier de l'affection qui nous occupe.

1° Affections pouvant faire ignorer un étranglement qui existe.

Gastro-entérite. — Les nourrissons se trouvent souvent atteints de troubles dyspeptiques se caractérisant par des vomissements continuels. Aussi, chez eux, lorsque des accidents d'étranglement herniaire viennent à se produire, l'accentuation des troubles fonctionnels est-elle souvent attribuée à l'état pathologique déjà existant. Il faudra donc surveiller attentivement les petits sujets atteints de vomissements graves et toujours avoir à l'idée la possibilité d'un étranglement herniaire.

Hydrocèle et étranglement. — Lorsqu'une anse herniée se trouve cachée par du liquide d'hydrocèle, le diagnostic peut être très difficile à poser. En effet, en présence d'une tumeur volumineuse, irréductible, mate à la percussion, translucide, on pense immédiatement à une hydrocèle ; et, comme d'autre part il existe des troubles fonctionnels de l'intestin (ce qui se voit dans certains cas d'hydrocèle), on les attribue à des complications réflexes du côté de l'abdomen.

On pratique alors la ponction de l'hydrocèle. Mais, comme la tumeur conserve encore un certain volume et comme d'autre part aucune amélioration ne se produit, l'existence d'un étranglement ne peut plus être mise en doute.

Un étranglement herniaire s'accompagnant d'une inflammation scrotale peut passer inaperçu. Témoin le cas

rapporté par Broca et à propos duquel l'intervention fut retardée de 48 heures. Lorsque, dit-il, « la peau est rouge, œdémateuse, infiltrée, on peut croire à une simple lymphangite ou à l'inflammation d'un kyste du cordon, car il est bien connu que parfois ces inflammations retentissent un peu sur le péritoine voisin, causant de la constipation, des vomissements, provoquant jusqu'à un certain point l'altération des traits » (Broca).

Dans ce cas, on doit surtout s'en reporter aux phénomènes abdominaux et, pour peu que ceux-ci soient accentués, il faut intervenir.

Quant à l'étranglement testiculaire, on a longtemps admis qu'il pouvait exister et donner lieu à des symptômes de pseudo-étranglement : on admettait que le testicule sain pouvait être comprimé dans le canal inguinal par des brides fibreuses ou que, plus souvent, ayant franchi l'anneau externe, il y remontait brusquement sous l'influence de l'effort et s'y étranglait.

D'après Villemin (1), « ces déplacements du testicule existent incontestablement, mais il est douteux qu'ils donnent naissance aux accidents graves simulant l'étranglement herniaire ».

2° Affections pouvant faire croire à un étranglement qui n'existe pas.

Hydrocèle avec accidents abdominaux. — Une erreur fréquente est celle qui consiste à prendre pour une her-

(1) Actualités médicales ; Le canal vagino-péritonéal.

nie étranglée une hydrocèle se compliquant d'accidents vers l'abdomen, et voici ce que raconte Giraldès (1) à ce sujet : « L'an dernier je fus appelé par un médecin de la ville pour pratiquer sur un enfant une opération de kélotomie nécessitée, prétendait-on, par des accidents d'étranglement. L'intervention était considérée comme très pressante. Mis en présence du jeune malade, je reconnus une hydrocèle. »

La matité et la translucidité de la tumeur suffisent dans ce cas pour faire le diagnostic. Les troubles abdominaux réflexes sont arrêtés par la simple ponction.

Le problème est plus compliqué lorsque avec une hydrocèle donnant ces accidents, il existe une hernie non étranglée. On peut, d'après Villemin, arriver à résoudre la question en reconnaissant qu'après la rentrée brusque d'une grande partie de la tumeur, il en reste une autre bien plus lentement réductible et translucide.

Hernie et ectopie testiculaire. — L'ectopie testiculaire s'accompagne presque toujours de hernie. Or le testicule en ectopie, par suite d'une torsion du cordon spermatique, peut provoquer des accidents abdominaux réflexes analogues à ceux de l'étranglement. Il est donc souvent difficile, en présence de vomissements incoercibles, de savoir qui incriminer : le testicule ou la hernie ?

Si le testicule est absent des bourses et si la hernie est réductible, il n'y a pas d'hésitation : c'est le testicule qui est l'auteur des accidents. Mais bien souvent, dans les cas d'ectopie, la présence du testicule dans le canal

---

(1) Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.

inguinal empêche la réduction de la hernie ; et alors le doute persiste.

De toute façon, du moment qu'il existe des accidents, il faut intervenir. Si le testicule est sain, on fera l'orchidopexie ; si au contraire il paraît voué au sphacèle, dans la crainte de complications du côté du péritoine, on pratiquera la castration.

Torsion pédiculaire des annexes. — Damianos (1) signale aussi, chez les petites filles, la possibilité d'accidents de pseudo-étranglement par suite de la torsion pédiculaire des annexes dans les hernies inguinales. Dans ces cas tout à fait rares, l'intervention chirurgicale sera le meilleur moyen de préciser le diagnostic.

Kyste du cordon. — Le kyste du cordon peut encore donner lieu à des phénomènes de pseudo-étranglement. Mais c'est surtout lorsque le kyste est enflammé que la symptomatologie est bruyante et subite : « état général sérieux, douleur vive, vomissements même, rien ne manque, à part la constipation » (Villemin). Dans notre observation XVIII nous relatons un cas de ce genre.

Voici à quels signes Villemin (2) reconnaît la présence d'un kyste : « La tumeur est mobile sous la peau et sur les plans profonds. Le cordon est distendu, la fluctuation peu nette. La transparence ne peut s'observer que sur les variétés à siège scrotal. L'impulsion à la toux n'existe que dans les cas de hernies en rapport très direct avec le kyste. »

---

(1) *Presse médicale*, 1902.

(2) *Loc. cit.*

D'après ce que nous venons de voir, il arrive donc assez souvent que, par les signes cliniques seuls, il soit impossible de différencier un pseudo-étranglement d'un étranglement véritable. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale (à laquelle on doit toujours avoir recours) sera le seul moyen de préciser le diagnostic.

CHAPITRE VI

EVOLUTION, COMPLICATIONS, PRONOSTIC

1° Evolution

Nous avons fait entrevoir tout à l'heure les dangers auxquels le petit enfant était exposé par suite des retards opératoires. En effet, abandonnée à elle-même, la hernie étranglée aboutit presque toujours à la mort.

Tariel, dans sa thèse, cite le cas rapporté par Grooch en 1767 et dans lequel l'étranglement aboutit à la guérison spontanée par la formation d'un abcès stercoral, puis d'un anus contre nature. On vit la peau rougir, s'ulcérer, et l'intestin s'ouvrir à l'extérieur. C'est là un fait exceptionnel. De même dans les cas d'étranglements spasmodiques, si les parties herniées n'ont pas été lésées et si l'organisme a pu résister à l'intoxication, on peut voir le spasme cesser et les accidents rétrocéder.

Mais, le plus souvent, l'intoxication de l'organisme,

par suite de la résorption des produits toxiques, vient à dominer la scène, et on assiste au tableau du choléra herniaire qui prend chez l'enfant un caractère particulier d'intensité. « Le facies se tire, se grippe. Le pouls est petit, fréquent, dépressible. La température tombe au-dessous de la normale, la respiration est anxieuse, accélérée. Les urines sont rares : on peut même observer de la rétention d'urine et de l'anurie. Des convulsions agitent le petit malade, les globes oculaires sont déviés. Enfin, le facies devient terreux, le pouls irrégulier et filiforme, la respiration irrégulière et le petit malade meurt en hypothermie. » (Hayes) (1).

2° Complications

Chez les très jeunes enfants, au cours des accidents d'étranglement herniaire, ou plus souvent après l'opération, il n'est pas rare de voir survenir quelques complications, principalement du côté de l'appareil pulmonaire

La broncho-pneumonie est à la fois la plus fréquente et la plus grave des complications de la hernie étranglée dont elle contribue beaucoup à aggraver le pronostic. Son développement est favorisé par le froid et par l'affaiblissement de l'organisme. Dans notre observation XVII nous parlons d'un petit enfant qui fut opéré au dispen-

---

(1) Thèse Paris, 1909.

saire des Enfants Malades et qui mourut, non pas des suites opératoires, mais de broncho-pneumonie. Ce petit enfant, comme cela se pratique habituellement, avait été emporté par ses parents quelques heures après l'opération.

Ceci prouve une fois de plus la nécessité qu'il y a d'hospitaliser à la fois la mère et le nourrisson afin d'éviter de faire promener au dehors le petit malade fraîchement opéré.

La congestion pulmonaire peut venir aussi compliquer la hernie étranglée. Trélat expliquait sa production par un processus réflexe dû au taxis. Mais nous savons aujourd'hui qu'il ne faut voir dans les phénomènes de congestion pulmonaire que la manifestation d'un empoisonnement par les matières fécales, d'une septicémie péritonéo-intestinale.

La péritonite vient souvent aggraver les symptômes de l'étranglement, principalement lorsque le sac renferme l'appendice ou le diverticule de Meckel. En effet, dans ces cavités étroites, il s'effectue un processus inflammatoire qui reste d'abord limité au sac, mais qui, à la suite des tentatives de taxis, ne tarde pas à se propager au péritoine. C'est précisément ce que nous avons observé chez le petit malade dont il est question dans l'observation VI. Avant l'opération, l'état général avait été de bonne heure très grave et, à l'autopsie, nous avons trouvé les lésions caractéristiques de la péritonite.

Le muguet, à la période du « choléra herniaire », peut également faire son apparition. A ce moment-là, en effet, la prolifération du parasite se trouve favorisée

par l'affaiblissement de l'organisme ainsi que par la sécheresse de la langue et de la bouche.

L'atrophie du testicule peut enfin être signalée comme complication tardive de la hernie étranglée. Cette complication a fait l'objet d'une étude spéciale de Féré dans la *Revue de Chirurgie* de 1883. Ce dernier attribue l'atrophie de la glande génitale à une hématocèle testiculo-épididymaire consécutive à la compression des éléments du cordon.

3° Pronostic

Très sombre si l'on n'intervient pas, puisque nous avons vu que, livrée à elle-même, toute hernie étranglée se terminait presque toujours par la mort, le pronostic devient bénin si l'on a recours à la kélotomie. Le pronostic dépend donc en grande partie de la durée de l'étranglement. Mais il faut aussi faire intervenir l'âge de l'enfant, la variété de hernie étranglée et les complications.

Pour ce qui est de la *durée de l'étranglement*, on peut dire que plus on opère tôt, moins on a de chance de trouver du sphacèle, moins le petit être a le temps de s'intoxiquer. De plus, l'état général étant encore satisfaisant, on a moins à redouter les complications pulmonaires.

Suivant l'âge du nourrisson, Estor (1) a établi une

(1) *Loc. cit.*

courbe indiquant que la mortalité est surtout élevée dans les trois premiers mois de la vie, diminue de trois à six mois, augmente légèrement du sixième au neuvième mois pour s'abaisser ensuite définitivement jusqu'au dix-huitième mois.

Quant à la variété, on peut dire que ce sont les hernies de l'appendice et du diverticule de Meckel qui sont les plus dangereuses, car ce sont celles dont le processus inflammatoire se propage le plus souvent à la cavité abdominale, auquel cas il ne faut guère compter sur la guérison.

Parmi les complications, il en est deux qui, nous l'avons déjà dit, assombrissent considérablement le pronostic : ce sont la broncho-pneumonie et la péritonite.

Avant l'ère antiseptique, le *pronostic opératoire* était particulièrement sombre chez le nourrisson ; car, très souvent, on voyait les petits malades emportés par un érysipèle, un phlegmon pelvien ou une péritonite. Mais, depuis les méthodes antiseptique et aseptique, ces complications se trouvant le plus souvent évitées, la mortalité a considérablement diminué. Ainsi, en nous reportant aux chiffres d'Estor, nous voyons :

Mortalité chez le nourrisson :

Avant l'antisepsie.....	32 0/0
Depuis l'antisepsie.....	11,4 0/0

CHAPITRE VII

VARIÉTÉS CLINIQUES

Il est certaines formes d'étranglement dont l'allure clinique présente un caractère un peu particulier. Aussi avons-nous pensé qu'il convenait de les décrire dans un chapitre spécial. Nous voulons parler de l'engouement, du pincement latéral de l'intestin, de l'étranglement de l'appendice et du diverticule de Meckel.

1° L'ENGOUEMENT, la plus fréquente de ces variétés, est déterminé par l'accumulation de matières solides ou pâteuses dans une anse herniée appartenant le plus souvent au gros intestin.

« Il était classique, il n'y a pas longtemps encore, dit Broca (1), d'établir pour les hernies un diagnostic différentiel entre l'engouement et l'étranglement. Aujourd'hui, l'engouement nous apparaît dans l'immense majorité des

---

(1) *Presse médicale*, 1902.

cas comme un étranglement léger, justiciable du taxis si l'on veut, mais encore mieux de la kélotomie. »

Ce qui caractérise l'engouement, ce sont les symptômes de l'étranglement (vomissements, constipation) avec un état général pouvant demeurer satisfaisant pendant un temps assez long (pendant 20 jours dans le cas que rapporte Broca [1]). Il est donc important, au point de vue du pronostic, de différencier une hernie engouée d'une hernie étranglée. Pour diagnostiquer l'engouement, il existe un signe excellent indiqué par Broca : la tumeur, saisie entre le pouce et l'index et pincée fortement, présente une malléabilité spéciale due à l'aplatissement des matières fécales.

Contrairement à l'étranglement, l'engouement peut se réduire sous l'influence d'une purgation et d'un massage de la tumeur ; il peut même disparaître spontanément.

Néanmoins, à cause des récidives qui ne tardent pas à se produire, il convient d'avoir, de préférence, recours au traitement chirurgical.

2° Le pincement latéral de l'intestin est un accident que l'on rencontre surtout chez l'adulte, mais qui peut aussi se produire chez le nourrisson. Estor (2) en a publié un exemple des plus caractéristiques.

Cet accident se produit par le même mécanisme que l'étranglement proprement dit, seulement la tension intra-abdominale, au lieu de pousser une anse entière de l'intestin à travers l'orifice inguinal, en expulse simplement une partie de la circonférence. Cette portion, par

---

[1] *Loc. cit.*

(2) *Montpellier médical*, 1903, I, 365.

suite de la congestion et de la tuméfaction dont elle devient le siège, ne tarde pas à s'incarcérer.

L'intestin conservant dans ce cas une perméabilité suffisante pous assurer le passage des matières fécales, nous avons le tableau symptomatique suivant : d'une part, il existe une tumeur inguinale plus ou moins perceptible au palper, douloureuse, s'accompagnant de vomissements ; d'autre part, les selles persistent abondantes, parfois même diarrhéiques. Il convient donc de bien connaître cette particularité afin de ne pas croire, le cas échéant, à des troubles de simple gastro-entérite.

Le traitement de cette variété est le même que celui des étranglements complets que nous allons étudier dans un moment.

3° Etranglement de l'appendice et du diverticule de Meckel. — L'appendice et, ce qui est beaucoup plus rare, le diverticule de Meckel, peuvent s'étrangler isolément et donner lieu à des troubles et des complications d'une particulière gravité.

Etranglement appendiculaire. — Les cas d'étranglements primitifs d'une appendicocèle sont très rares et Osty, dans sa thèse (1), sans nier leur possibilité, ne les accepte que « dans les circonstances où l'appendice engagé en anse dans un trajet herniaire serré est tassé pour ainsi dire et se comprime d'autant plus qu'il s'engage. » Presque toujours l'étranglement est consécutif à une appendicite. Les agents pathogènes pénétrant dans le cul-de-sac appendiculaire s'y développent, déterminent

(1) Paris, 1909.

un processus inflammatoire qui se traduit par de l'infiltration, de la tuméfaction des parois, si bien que l'organe devient trop volumineux pour l'espace qu'il habite et s'étrangle au point le moins extensible, au niveau de la boutonnière du sac. La cavité ouverte se trouve alors transformée en une cavité close où s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation des microbes emprisonnés. L'inflammation augmente, se propage au sac, puis aux téguments et même, si le taxis est exagéré, au péritoine abdominal.

Pour certains auteurs, l'appendicite herniaire est d'une « bénignité extraordinaire », parce que, disent-ils, l'infection reste limitée au sac. Mais il n'en est pas moins vrai que ce sac contient des microbes d'une virulence particulière, lesquels, à la première occasion (taxis exagéré par exemple), peuvent passer dans l'abdomen et y causer une péritonite généralisée des plus graves.

Etranglement diverticulaire. — Ce que nous venons de dire pour l'appendice peut s'appliquer aussi bien au diverticule de Meckel. Celui-ci, en effet, peut subir des phénomènes d'étranglement, et, comme l'a bien exposé Morel (1), c'est toujours consécutivement à une diverticulite. Ce qui le prouve, c'est que, « dans les hernies diverticulaires, on trouve le diverticule fixé beaucoup plus souvent que le diverticule libre ; et ne peut-on pas dire que tout diverticule fixé dans le sac herniaire est un diverticule enflammé?» (Morel). Ici, comme pour l'appendice, le rôle de la cavité close intervient et, d'après Morel, le pronostic est assombri par la possibilité de la propaga-

(1) Morel. — *Presse médicale,* 1907.

tion au péritoine abdominal, car, dit-il, « les diverticulites à réaction à la fois herniaire et abdominale ne guérissent jamais. »

Dans les étranglements de l'appendice et du diverticule nous retrouvons le tableau de l'étranglement proprement dit, seulement les vomissements font quelquefois défaut. De plus, le cours des matières n'est pas arrêté ; la tumeur au début est très petite, si bien qu'elle peut passer inaperçue dans le pli de l'aine. Ce n'est que consécutivement au processus inflammatoire qu'elle augmente de volume, s'accompagnant de rougeur et de chaleur de la peau.

Comme traitement, il faudra avant tout éviter le taxis et recourir le plus tôt possible à la kélotomie. Au cours de l'intervention, après avoir débridé le sac, on fera l'ablation soit de l'appendice, soit du diverticule, même si l'inflammation de ces organes est tout à fait légère. On évitera ainsi des complications consécutives.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

En présence d'un étranglement herniaire chez le nourrisson, quel parti faut-il prendre ? Avant tout ne pas perdre de temps et opérer de suite la réduction, soit par le taxis, soit par la kélotomie.

Il est certain que, chez les sujets qui nous intéressent, beaucoup plus que chez les adultes, le taxis arrive à triompher de l'agent de striction et à remettre les choses dans l'ordre. C'est ainsi que de grands chirurgiens comme Holmes et Saint-Germain, qui ont souvent observé l'étranglement chez des nourrissons, ont eu la bonne fortune de n'être jamais obligés d'intervenir. De même Guersant (1) et Félizet (2) déclarent avoir le plus souvent employé le taxis avec succès.

Il convient donc, avant de pratiquer toute intervention

---

(1) Notice sur la chirurgie des enfants.

(2) Les hernies inguinales de l'enfance, p. 337.

sanglante, de se livrer aux manœuvres externes de réduction. Et, à ce propos, voici ce que nous conseille Guersant (1) : « Lorsque nous voulons mettre en usage le taxis, surtout chez les plus jeunes enfants, nous les plaçons sur un plan incliné, de manière à tenir la tête et le tronc plus bas et le bassin élevé ; nous suivons les préceptes indiqués pour le taxis chez les adultes ; nous pressons la tumeur près de l'anneau, de manière à faire rentrer la partie supérieure d'abord et le reste ensuite. Nous essayons d'abord cette manœuvre fort peu de temps sans employer le chloroforme ; mais, dès que nous en avons reconnu l'inutilité, ce qui arrive souvent parce que les enfants, en poussant, s'opposent à la réduction, nous conseillons d'appliquer un cataplasme sur la tumeur ; nous faisons prendre un bain et de suite nous avons recours à l'anesthésie, afin de pouvoir mettre en usage le taxis sans avoir à redouter les cris et les efforts des petits malades. Presque toujours nous sommes arrivé à réduire. »

Dans ces quelques lignes se trouve résumée la pratique du taxis. Seulement nous devons ajouter que ces manœuvres ne doivent pas être prolongées au delà de cinq minutes à cause des accidents qu'elles peuvent causer (contusions, hémorragies, déchirures de la portion herniée). Il est même des cas où le taxis ne sera pas du tout pratiqué : c'est lorsque l'on a diagnostiqué une appendicite ou une diverticulite herniaires ; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on s'expose à produire une péritonite septique généralisée par réduction dans la cavité

(1) *Loc. cit.*

péritonéale du liquide du sac dont nous avons fait connaître les altérations microbiologiques.

On s'abstiendra également du taxis si l'étranglement date de plusieurs jours, car on s'expose à rentrer dans l'abdomen une anse gangrenée ou perforée et à produire encore une péritonite mortelle.

Supposons que le taxis ait amené la réduction, ce que l'on reconnaît à la cessation des phénomènes fonctionnels et au rétablissement du cours des matières et des gaz, faut-il s'en tenir là ? Non. Le taxis ne doit être considéré que comme un traitement d'attente.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que, surtout lorsqu'on a affaire à des hernies du gros intestin, les récidives sont fréquentes et se produisent à brève échéance. Broca cite le cas de plusieurs enfants de son service qui ont été affectés jusqu'à l'opération de crises d'irréductibilité.

Ainsi donc, après le taxis, chez les tout jeunes enfants, on pourra conseiller le port d'un bandage. « Ce bandage sera en caoutchouc avec pelote à air. Il sera bilatéral même si la hernie est unilatérale et devra être porté jour et nuit. Un bandage double tiendra beaucoup mieux en place et préservera l'anneau opposé contre la production d'une hernie possible chez un individu déjà prédisposé. Son avantage est d'être facile à nettoyer, mais il a l'inconvénient de ne pas maintenir suffisamment la hernie (1). »

Mais si le bandage doit être mal appliqué, s'il n'arrive pas à maintenir la hernie réduite, on peut, sans tenir

---

(1) Masson. — Thèse Paris, 1903-1904.

compte de l'âge de l'enfant, pratiquer la cure radicale, dont la bénignité est sans conteste.

En effet, d'après la statistique de Broca (1), la mortalité globale dans la cure radicale chez les enfants est de 2 0/0 ; si l'on ne prend que des enfants de un an et au-dessous de un an, la mortalité s'élève à 4,5 0/0. Voici les chiffres de Broca :

Enfants de 1 à 2 ans....	153 cas....	0 décès
Enfants de 0 à 1 an.....	58 cas....	2 décès

On peut donc opérer sans crainte les tout jeunes enfants, car la mortalité chez eux ne vient pas de l'opération, mais des complications (broncho-pneumonie).

Si les manœuvres de réduction par le taxis échouent, il faut sans retard pratiquer la kélotomie.

Quelquefois il arrive que la hernie rentre pendant la toilette de la peau sous l'action de la brosse, ou au moment de l'incision de la peau. Broca, Félizet ne sont pas d'avis de temporiser pour cela ; car, pour eux, la temporisation a des dangers, tandis que l'action n'en a pas : on évitera ainsi à l'enfant des alertes et des périls à venir.

La kélotomie est pour Broca d'une bénignité aussi parfaite que la cure radicale ; le pronostic dépend exclusivement du retard parfois apporté à l'intervention. « La kélotomie n'est pas responsable des échecs : c'est le retard de l'opération qu'il faut incriminer et l'âge ne modifie en rien les conclusions auxquelles sont arrivés

(1) Masson. — Thèse Paris, 1903-1904.

les chirurgiens depuis que l'antisepsie leur a démontré l'innocuité parfaite de la kélotomie envisagée en soi » (Broca).

A propos de la technique opératoire de la kélotomie, nous nous contentons de rappeler qu'il faut agir avec la plus grande célérité. Par conséquent, après avoir réduit l'anse herniée et fermé le sac, le chirurgien devra se contenter de refaire la paroi antérieure du canal. Comme anesthésique on choisira le chloroforme, lequel est très bien supporté par le nourrisson.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception, dans le service du docteur Brun)

Hernie inguinale droite étranglée. — Réduction par le taxis

Péone Raoul, âgée de 6 mois, est envoyé à la Conception dans la nuit du 6 février 1908 pour des symptômes d'étranglement herniaire.

Depuis 24 heures, l'enfant ne va plus du corps et présente des vomissements verdâtres. Dans la région inguinale droite, on constate une hernie irréductible. Après application de glace sur la tumeur, l'interne de garde arrive assez facilement à opérer la réduction par le taxis.

Le 7 février 1908, le petit enfant est repris par ses parents.

Observation II

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception, dans le service du docteur Brun)

Hernie inguinale droite irréductible. — Réduction spontanée

Le 10 octobre 1908, Gauzion Paul est apporté à l'hôpital pour une hernie inguinale droite avec phénomènes d'étranglement.

Hernie à peu près irréductible ; vomissements alimentaires ; pas de selles.

Dans la nuit, la hernie se réduit spontanément sous l'influence d'un cataplasme.

L'enfant sort le 12 octobre 1908.

Observation III

(Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Brun)

Hernie inguinale droite étranglée. — Réduction sous chloroforme

Jean P..., âgé de cinq mois, porteur d'une hernie inguinale droite réductible, est atteint le 2 octobre 1909 d'accidents d'étranglement.

Le 21 octobre, on amène à l'hôpital le petit enfant qui, au dire de la mère, n'est pas allé du corps depuis la veille et vomit de la bile depuis plusieurs heures. L'état général étant inquiétant, on s'apprête à intervenir sur-le-champ. On commence l'anesthésie et, dès les premières gouttes de chloroforme, on voit la tumeur inguinale disparaître. On ajourne l'intervention, à cause du jeune âge du sujet et de son mauvais état général. On prescrit en attendant l'application d'un bandage.

Exéat le 25 octobre 1909.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Garçon de 3 mois (92 jours). — Hernie inguinale droite étranglée. Taxis. — Kélotomie et cure radicale à la vingt-deuxième heure. — Guérison.

Ce garçon, bien conformé, avec ses deux testicules en bonne situation, a sa hernie depuis la fin du premier mois. Elle a été à trois reprises tenduë, douloureuse, mais le taxis a mis fin chaque fois aux accidents.

Le 3 mai 1906, la hernie augmente de volume ; l'enfant vomit à plusieurs reprises. Le taxis est essayé à trois reprises et sans succès.

M. Tédenat voit le malade 20 heures après le début des accidents. Ventre ballonné ; pouls très rapide ; faciès exprimant la souffrance. Opération pratiquée après anesthésie au chloroforme. Intestin rouge foncé ; pas de

liquide dans le sac ; libération facile du sac. Cure radicale. Guérison rapide.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Garçon de 6 mois. — Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie. Cure radicale. — Guérison.

Raymond C..., âgé de six mois, a une hernie inguinale gauche du volume d'un gros œuf de poule qui a paru vers le quinzième jour après la naissance. On a vainement essayé de la maintenir par des bandages. Souvent, depuis deux mois, la hernie a été le siège de douleurs avec vomissements.

Depuis 24 heures elle est étranglée, tendue ; toute évacuation par l'anus est supprimée ; ventre ballonné. Vomissements fréquents, facies grippé, pouls très rapide.

La kélotomie est pratiquée 24 heures après le début des accidents et après un court taxis après chloroformisation.

Dès l'ouverture du sac, il s'écoule une cuillerée à soupe de sérosité rougeâtre. Le collet est incisé de dehors en dedans ; le sac est facile à décoller des éléments du cordon ; le testicule est dans les bourses. Ligature haute du sac ; suture à la Bassini. Opération faite le 3 juin 1906, avec l'aide du docteur Dusser.

Suites très simples. Selle spontanée quatre heures

après l'opération. Guérison par première intention. L'enfant revu par M. Tédenat, en mars 1910, se porte très bien et la cure radicale paraît devoir persister excellente.

Observation VI

(Personnelle)

(Recueillie dans le service de M le docteur Brun, Pavillon Vidal.)

Hernie inguinale gauche étranglée avec un diverticule de Meckel. Kélotomie. — Décès.

Paolini Joseph, âgé de 10 mois, était porteur de deux hernies inguinales.

Le 11 mai 1910, au matin, la hernie gauche ne peut plus rentrer et la moindre tentative de taxis détermine une douleur vive. L'enfant ne vomit pas et a une selle normale.

Le 12 mai, les symptômes s'aggravent. Le médecin de la famille est appelé, lequel constate : un ventre météorisé ; l'arrêt des matières et des gaz, un pouls à 120 et, devant tous ces symptômes, il envoie le malade à la Conception en vue d'une opération.

A son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire 36 heures après l'étranglement, on constate les signes suivants : vomissements hématiques ; arrêt des matières et des gaz ; ventre ballonné. Localement, on constate, dans la région inguinale gauche, une grosse tumeur du volume d'une

mandarine environ, très douloureuse, absolument irréductible et submate à la percussion.

L'état général du sujet est grave. La température atteint 38°6 ; le pouls s'est accéléré à 140. Le facies est plombé, le nez pincé ; les yeux sont excavés ; la langue est sèche ; des fuliginosités recouvrent les dents. La respiration s'est accélérée.

L'*opération* est pratiquée d'urgence par le chirurgien de garde sous anesthésie chloroformique.

Le sac une fois ouvert, une petite quantité de liquide séro-purulent s'écoule. Une longue portion de l'intestin grêle (environ 15 centimètres) se trouve étranglée. On débride l'agent de striction qui réside au niveau du collet du sac et on ouvre la paroi antérieure du canal inguinal.

On procède à l'examen de l'intestin hernié. La première particularité que l'on constate, c'est l'existence d'un diverticube de Meckel de 1 cm. 1/2 environ de longueur. De plus, l'intestin est hypervascularisé et présente en un point (le milieu environ de la partie étranglée) une teinte ecchymotique de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 environ. Ce point reprend une teinte normale par l'expression d'une compresse trempée dans de l'eau bouillie chaude. Rien à noter sur l'intestin au niveau du collet.

Cette exploration terminée, on réduit l'intestin avec quelque difficulté, car cette hernie a contracté des rapports étroits avec les éléments du cordon. Isolement du sac, ligature du sac, Barker. Reconstitution de la paroi par 3 points au catgut en un seul plan. Griffes sur la peau. Drain.

Après l'opération, qui a duré une vingtaine de minutes, l'état du petit malade est plus grave. Sur la table d'opération, à son réveil, il vomit encore du liquide hé-

matique. Tendance à l'algidité : caféine, sérum. Le pouls est toujours à 140.

Le lendemain matin 13, l'état général paraît s'être légèrement amélioré. Le malade a eu 2 selles liquides. Mais, vers midi, son état s'aggrave encore. Le pouls devient incomptable. La respiration s'accélère et le décès a lieu à 4 heures du soir.

L'autopsie est pratiquée 48 heures après le décès. A l'ouverture de l'abdomen, les anses distendues s'échappent par la ligne d'incision. Environ 200 grammes de liquide séreux sont collectés dans les fosses iliaques et le petit bassin. La partie de l'intestin qui avait été étranglée est agglomérée par des anses molles. Pas de perforation, pas de sphacète. Rien de particulier aux autres organes. La mort est donc attribuable à la péritonite.

Observation VII

(Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le docteur Brun, Pavillon Vidal

Hernie inguinale droite étranglée avec hydrocèle concomitante. Kélotomie. — Guérison.

Georges Pontaud, âgé de 10 mois, entre à l'hôpital de la Conception dans la nuit du 15 juin 1910. Cet enfant, né 2 mois avant terme, présentait depuis un mois et demi une hernie inguinale droite qui était maintenue réduite par un bandage.

Le mercredi 15 juin 1910, au matin, à cause de quel-

ques excoriations de la peau que présente le petit enfant, la mère supprime le bandage. A midi et demi les accidents se déclarent. Le petit enfant vomit ses aliments, ne veut plus teter et présente une grande agitation : cris, insomnie, convulsions. De midi à 7 heures, les vomissements se reproduisent 6 fois et deviennent bilieux. Le cours des matières est arrêté ; les urines ne sont plus émises. A 7 heures, un médecin est appelé lequel constate une tumeur allongée, verticale, de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant au pli de l'aine. Celui-ci pratique les manœuvres du taxis qu'il prolonge, au dire de la mère, pendant une heure environ. Au cours de ces manœuvres, qui sont d'ailleurs demeurées infructueuses, le petit enfant est prise de convulsions, se cyanose et, pour activer la circulation, il faut pratiquer des flagellations. L'état général devenant mauvais, l'opération d'urgence est décidée.

Le petit enfant, qui se trouvait de passage à Avignon, est alors ramené de suite à Marseille et porté dans la nuit à l'hôpital de la Conception où il est admis au pavillon Vidal.

L'interne de garde fait appliquer de la glace et pratique le taxis. L'étranglement paraissant réduit, le chirurgien de garde n'est pas appelé.

Le jeudi matin 16, on constate que la tumeur s'est reformée et, l'état général demeurant mauvais, M. Brun, chef du service, pratique sous chloroforme la kélotomie. A l'ouverture du sac distendu, il s'échappe une assez grande quantité de liquide citrin dû à la présence d'une hydrocèle concomitante. L'intestin grêle est étranglé sur une longueur de sept centimètres par un collet du sac très étroit qu'on incise de dehors en dedans. L'intestin, grisâtre par endroits, ne tarde pas à reprendre sa colo-

ration normale. On constate sur la tunique séreuse une petite éraillure superficielle provenant des manœuvres du taxis. Après débridement l'anse herniée est assez facilement réduite. On reconstitue la paroi antérieure du canal inguinal ; puis on opère le retournement de la vaginale.

A la suite de l'opération, l'enfant ne tarde pas à avoir une selle jaunâtre ; l'état général est toujours inquiétant : facies pâle, yeux convulsés. On pratique des piqûres de sérum et de caféine. Le soir, la température est de 39°9.

Le vendredi 17, les selles sont toujours de bonne nature. Mais la température atteint le matin 40°1, et le soir 38°5.

Le samedi 18, l'état général est sensiblement amélioré. La langue est bonne, la température tombe le matin à 38°2, le soir à 37°2. L'enfant commence à s'alimenter.

Le 19, le mieux continu. Température matin, 38°2, soir, 37°2.

20. — Température matin, 37°9 ; soir, 37°4.

21. — Réunion par première intention.

Observation VIII

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Joseph Poucel)

Hernie inguinale droite étranglée (hernie du cœcum et de son appendice). Kélotomie. — Appendicectomie. — Guérison.

Joseph B..., 1 mois 1/2, sexe masculin. Serait né trois semaines avant terme. Ses parents ne s'aperçoivent pas qu'il soit porteur d'une hernie.

Le 3 février 1902, il tombe malade subitement; jusqu'alors il n'avait eu que de légères coliques, huit jours auparavant. Il a d'abord des vomissements alimentaires et ne vient plus du corps.

Dès le lendemain, 4 février, vomissements fécaloïdes. Le 5 février, son état général est plus mauvais. On le porte à l'hôpital où l'on constate que le scrotum du côté droit est distendu. La peau est luisante et rouge. Matité à la percussion. Irréductibilité complète. A minuit, le chirurgien de garde procède à l'opération.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Après incision de la peau, il s'écoule de la sérosité. Le sac étant ouvert, on trouve une portion du cœcum qui paraît assez saine, avec l'appendice, rouge et enflammé avec son extrémité libre gangrenée. L'étranglement n'est pas très serré et, à ce niveau, le cœcum n'est pas mortifié. On pratique la ligature et la section de l'appendice, et la tranche de section, touchée au thermocautère, est ensuite enfouie. Le reste s'effectue comme une cure radicale de hernie.

Guérison.

Observation IX

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Joseph Poucel)

Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie. — Décès.

Le 15 mai 1902, entre à la Conception, pavillon Vidal, un nourrisson d'un mois, Jean B...

Son père et sa mère n'ont jamais eu de hernie.

Depuis sa naissance, il a eu une hernie inguinale droite. Il n'a jamais porté de bandage.

Pas de selles depuis 36 heures, et, depuis 21 heures, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes.

Dans la région inguino-scrotale droite existe une tumeur assez volumineuse, irréductible. On sent le testicule à la partie postéro-inférieure de la tumeur. Le ventre ballonné paraît douloureux. Pouls petit, fréquent, à 128 pulsations.

A 6 heures du soir, M. Juge pratique la kélotomie. Dans le sac, liquide clair, citrin. Intestin grêle étranglé et fortement congestionné.

Pendant le cours de l'opération, le malade a eu deux vomissements fécaloïdes. Le pouls est très faible. Lavage d'estomac.

Le lendemain matin, à 7 heures, décès, après phénomènes d'intoxication.

Observation X

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Joseph Poucel)

Hernie inguinale droite étranglée. — Kélotomie. — Guérison.

Le 4 juin 1902, entre au pavillon Vidal un enfant du sexe masculin, S... R..., âgé de 13 mois.

Il avait depuis l'âge de 4 mois une hernie inguinale droite descendant dans les bourses et facilement réductible. Bonne santé ; un peu de constipation seulement.

Le 2 juin 1902, l'enfant commence à être malade. Il était encore allé du corps assez abondamment le matin à 11 heures. Le soir on s'aperçoit que la hernie est grosse et irréductible. L'enfant ne vient plus du corps.

3 juin. — Vomissements alimentaires.

4 juin. — Vomissements fécaloïdes. C'est à ce moment qu'il entre à l'hôpital. Il est opéré immédiatement par le chirurgien de garde sous anesthésie chloroformique. On fait l'incision haute et l'incision directe de la paroi antérieure du canal inguinal. L'étranglement a lieu au niveau du collet du sac. Le contenu est une anse d'intestin grêle en bon état. La température, qui était de 39°5, ne tarde pas à tomber à 38° et, quelques jours plus tard, après une nouvelle ascension due à une éruption morbilliforme, elle revient à la normale.

Le soir même de l'opération, l'enfant vient du corps. Sa mère vient l'allaiter trois fois par jour et, dans l'intervalle, il boit du lait au verre.

Le 6 juin, il y a de l'œdème des bourses avec un noyau dur. Nous craignons de la suppuration des fils, mais fort heureusement il n'en est rien.

Le 12 juin, c'est-à-dire 8 jours après l'intervention, il y a réunion par première intention.

Quatre jours plus tard le bébé sort guéri. Du côté opposé on ne constate pas la moindre pointe de hernie.

Observation XI

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Joseph Poucel)

Hernie étranglée récidivée du côté opposé. — Kélotomie. — Guérison.

Trois semaines après avoir été opéré du côté droit, S... R... le dernier opéré retournait dans le service (pavillon Vidal) avec une hernie inguinale étranglée du côte opposé.

Ici, l'étranglement s'était produit au moment même de la production de la hernie.

Comme l'étranglement était tout récent, on put essayer le taxis, mais sans succès, et il fallut encore pratiquer la kélotomie.

Même technique et même lésions constatées que pour le côté opposé.

Dix jours après l'enfant sortait guéri, ayant échappé à la mort pour la seconde fois.

Observation XII

(Inédite)

(Recueillie à l'hôpital de la Conception, Pavillon Vidal)

(Due à l'obligeance du docteur Brun)

Hernie inguinale gauche étranglée. — Appendicite. — Kélotomie, Appendicectomie. — Guérison.

Peysson Gabriel, 7 mois, entré le 20 avril 1906, salle Vidal.

21 avril. — Cet enfant a été apporté dans la nuit à l'hôpital. Il était depuis trois mois porteur d'une hernie réductible.

Depuis deux jours, la hernie est irréductible. L'enfant a des vomissements alimentaires. Il a eu une selle peu abondante. Le diagnostic de hernie étranglée étant posé, intervention d'urgence par M. Piéri.

Dans le sac se trouvaient de l'intestin grêle et le cœcum. L'appendice étant gros et fluctuant, on l'enlève.

25 avril. — Comme les jours précédents, et depuis l'opération, la température se maintient dans les environs de 39°. Aucun symptôme pulmonaire. L'enfant s'alimente bien.

26 avril. — L'hyperthermie s'explique. On note une petite collection purulente dans la paroi ; drainage. Etat général assez bon. L'enfant s'alimente bien.

6 mai. — Les jours suivants la température décroît progressivement. La suppuration diminue et la cicatrisation se fait peu à peu.

16 mai. — Cicatrisation complète.

L'examen microscopique démontre l'absence de toute lésion de l'appendice enlevé.

Exéat le 17 mai.

Observation XIII

(Inédite)

(Prise dans le service du docteur Brun, Pavillon Vidal)

Millo Marcel, 10 mois, entre à l'hôpital de la Conception le 5 octobre 1906 pour étranglement herniaire du côté gauche. Mauvais état général. Kélotomie sous chloroforme le 5 octobre.

Décès le 6 octobre à 4 heures du soir.

Observation XIV

(Inédite)

(Prise dans le service du docteur Brun, Pavillon Vidal

Fayet Clovis, 6 mois, entre à la salle Vidal le 18 juin 1907, présentant une hernie inguinale droite irréductible.

Le taxis échoue. Kélotomie sous chloroforme. Guérison.

L'enfant sort le 1er juillet 1907.

Observation XV

(Inédite)

(Prise dans le service du docteur Brun, Pavillon Vidal)

Vincent Paul, 1 an, est envoyé à la Conception avec des signes d'étranglement herniaire.

Tumeur scrotale à droite, irréductible par le taxis.

Le 14 août 1907, le chirurgien de garde est appelé, lequel pratique sous chloroforme l'intervention d'urgence. Guérison.

Sortie le 22 août 1907.

Observation XVI

(Inédite)

(Prise dans le service du docteur Brun, Pavillon Vidal)

Marseille Henri, 12 mois, atteint depuis 48 heures d'accidents d'étranglement herniaire, est admis à la salle Vidal, le 28 décembre 1907.

La tumeur siégeant dans la région inguinale droite est irréductible. Opération. Guérison.

L'enfant est rendu à ses parents le 21 janvier 1908.

Observation XVII

(Inédite)

(Recueillie au dispensaire des Enfants malades de Marseille)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Delanglade)

Hernie inguinale droite étranglée (cœcum et intestin grêle). Kélotomie. — Broncho-pneumonie. — Décès.

Blachère Paul, âgé de 45 jours à peine, enfant porteur depuis 4 jours d'une grosse tumeur herniaire dans la région inguinale droite.

Jusqu'au 16 novembre 1908, l'intestin avait conservé une perméabilité relative ; l'enfant continuait à teter et ne vomissait pas.

Le 16 novembre, vomissements alimentaires, anorexie.

Le 17 novembre, le petit malade est conduit au dispensaire où l'on constate la présence d'une tumeur herniaire irréductible par le taxis.

Opération d'urgence sous chloroforme. On trouve l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice dans un sac récent contenant environ 15 grammes de liquide citrin. L'intestin est violacé, mais sans points brunâtres. Débridement, incision du collet du sac, réduction de l'anse herniée, ligature du sac. Reconstitution du canal inguinal. On laisse une mèche sous la peau.

L'enfant est emporté par sa mère.

Dans la suite tout se passe bien du côté de l'opération, mais le décès a lieu 5 jours après, au dire des parents, des suites d'une broncho-pneumonie.

Observation XVIII

(Inédite)

(Recueillie au dispensaire des Enfants malades de Marseille)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Delanglade)

Kyste du cordon enflammé avec hernie inguinale gauche. — Accidents de pseudo-étranglement.

Rossi Philippe, âgé de 18 mois, auparavant porteur d'une hernie inguinale gauche facilement réductible.

Depuis six jours les parents ne parviennent plus à faire rentrer la masse herniaire. Malgré cela l'enfant continue à teter et ne vomit pas. Pas de température.

Le 22 décembre 1908, le malade présente des vomissements et il est envoyé au dispensaire.

Le taxis modérement pratiqué ne réussit pas. On pratique alors l'opération sous chloroforme.

On trouve un très gros kyste du cordon, du volume d'une mandarine, aux tuniques ecchymotiques avec liquide un peu louche. Au-dessus du kyste, le débridement de la paroi montre l'intestin engagé, mais non étranglé. On dissèque le kyste de bas en haut. Cure radicale. Fermeture de la paroi. Sous la peau très saignante on laisse une mèche de gaze. Guérison.

Observation XIX

(Inédite)

(Recueillie au dispensaire des Enfants malades de Marseille)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Delanglade)

Hernie inguinale droite étranglée.

Tosini Arthur, âgé de 2 mois 1/2, jusque-là bien portant.

Le 1er février 1909, accidents d'étranglement sans qu'aucune hernie n'ait été antérieurement reconnue. Anorexie. Vomissements alimentaires. Suspension des matières. Le même jour l'enfant est conduit au dispensaire où on constate une tumeur dans la région inguino-scrotale droite. Le taxis ne réussit pas.

Opération d'urgence sous anesthésie chloroformique. Incision de la paroi; débridement. On trouve l'intestin grêle étranglé et collé contre le sac. Quelques gouttes de liquide se trouvent à la partie inférieure du sac. Dissection du sac, ligature. Cure radicale. Fermeture complète. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'étranglement herniaire est assez fréquent chez le nourrisson, principalement durant les premiers mois qui suivent la naissance.

II. — Chez les tout jeunes enfants, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, on constate assez souvent la production de l'étranglement d'emblée.

Les hernies contenues par un bandage sont plus sujettes que les autres à s'étrangler si l'on supprime l'appareil.

III. — Les causes efficientes de l'irréductibilité résident généralement dans des phénomènes de constriction veineuse amenant la turgescence des tuniques de l'anse herniée. Mais, dans certains cas, l'étranglement peut résulter d'un processus inflammatoire (étranglement de l'appendice et du diverticule de Meckel).

IV. — L'agent de l'étranglement est presque toujours constitué par un collet du sac.

V. — Le cœcum, après la naissance, jouit d'une certaine mobilité : d'où la présence relativement fréquente de cet organe ainsi que de son appendice dans les kélotomies pratiquées chez le nourrisson.

VI. — Rarement, chez les jeunes sujets, on a à constater, au niveau de l'anse herniée, la présence de sphacèle.

VII. — Contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, les vomissements sont intenses, mais pas très souvent fécaloïdes ; les symptômes généraux font rapidement leur apparition.

VIII. — La broncho-pneumonie, complication fréquente, assombrit le pronostic de l'affection. La péritonite aggrave souvent les étranglements de l'appendice et du diverticule.

IX. — Chez le nourrisson, le taxis se rend très souvent maître des accidents. Mais, dans bien des cas, la guérison n'est obtenue que par la kélotomie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alti. — Appendice iléo-cœcal et ses hernies. Th. Paris, 1894.

Balloch. — Les hernies chez les enfants. Am. Jour. of obstetrics, août 1900.

Berger. — Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire. Arch. générales de médecine, août-octobre 1876.

— Revue de chirurgie de 1883.

— Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI.

Blanc. — Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel. Th. Paris, 1899.

Bonnet. — Cure radicale de la hernie non étranglée chez l'enfant. Th. Paris, 1898.

Broca (A.). — Engouement herniaire chez le nourrisson. Presse médicale, 1907.

— La hernie étranglée chez l'enfant. Presse médicale, 4 juin 1902.

Bouchut. — Traité pratique des maladies du nouveau-né.

Chassaignac. — Mécanisme de l'étranglement herniaire. Gazette médicale de Paris, 1864.

Delbet (Pierre). — Embryologie du canal vagino-péritonéal.

Dowd. — Archives de pædiatrie, 1898, t. XV.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. VI.

Dunn. — Lancet, 1904.

Duret. — Variétés rares de hernies inguinales. Th. d'agrégation de 1883.

Estor. — Hernie étranglée chez le nourrisson. Revue de chirurgie de 1902.

— Hernie étranglée chez un enfant de 15 jours. Pincement latéral. Montpellier médical, 1903, I, 365.

Félizet. — Les hernies inguinales de l'enfance, p. 337. Paris, 1894.

Féré. — Note sur l'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle et sur l'apoplexie du testicule qui en est la conséquence. Revue de chirurgie, 1881, p. 266.

Forgue. — Traité de pathologie externe.

Giraldès. — Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, 1864-1867.

Gosselin. — Leçons sur les hernies abdominales.

Guersant. — Notice sur la chirurgie des enfants, 1864-1867.

Hayes. — Hernies étranglées chez le nourrisson. Th. Paris, 1909.

Hutinel. — Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez le nouveau-né. Th. de 1887.

Jaboulay. — Traité de Le Dentu et Delbet, t. VII.

Kirmisson. — Traité des maladies congénitales, p. 213.

— Étranglement herniaire de l'enfance. Médecine moderne, 19 fév. 1908.

— Revue d'orthopédie, 1889-1897.

KNOBLOCH. — Inaug. Diss. Breslau, 1890.

KUKULA. — Étiologie des entérorragies consécutives à l'étranglement herniaire. Annales de la Soc. belge de chir., déc. 1889.

LAUNOIS. — Hernies étranglées de l'enfance. Revue de chir. de 1883.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. VII.

LUNET DE LAJONQUIÈRES. — Sur l'engouement herniaire. Th. de Toulouse, 1906.

MARSH. — S.-Barthol. Hospit. Reports. London, 1874, p. 205.

MASSON. — Hernie inguinale non étranglée chez le nouveau-né. Paris. 1903-1904.

MERIGOT DE TREIGNY. — Hernies du gros intestin. Th. Paris, 1887.

MOREL. — Diverticulite herniaire. Presse médicale du 7 sept. 1907.

NAQUET. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications. Th. Paris, 19 déc. 1900.

NOVÉ-JOSSERAND. — Hernie inguinale du nourrisson. Clinique Paris, 1907, I, 746-748.

OSTY. — De l'appendicite herniaire. Th. de Paris, 28 nov. 1900.

PAGET. — Archives de pædiatrie, 1893.

PETITJEAN. — De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant. Th. de Paris, 1883.

TALANDIER. — De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant. Th. Paris, 1898.

TARIEL. — Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. Th. Paris, 1894.

VASSAL. — Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale de la femme, particulièrement de la petite fille.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!